Rev Mult Gerontol 2005;15(1):23-25

Valoración geriátrica: visión desde el Hospital de Día

Benito J. Fontecha Gómez

Hospital Sociosanitario de L'Hospitalet de Llobregat. Consorci Sanitari Integral

Correspondencia:
Corporació de Salut del Maresme i la Selva
Sant Jaume, 209-217. 08370 Calella. Barcelona
E-mail: bfontecha@salutms.org

Resumen

La Valoración Geriátrica Integral es la herramienta básica y fundamental en la priorización de problemas e intervención en la atención al anciano frágil. Independientemente de cuál sea el nivel asistencial, permite realizar un análisis exhaustivo de las capacidades físicas, funcionales, del estado nutricional, de los órganos de los sentidos, del estado de ánimo y del entorno sociofamiliar que envuelve a cada paciente. De la misma manera, tiene en cuenta las necesidades, la voluntad y los deseos del paciente. Por este motivo, sólo a través de ella, podemos coordinarnos entre los diferentes profesionales de la salud y niveles asistenciales para priorizar el abordaje de los problemas de salud y ofrecer una asistencia integral de calidad.

Palabras Clave: Valoración Geriátrica Integral. Hospital de Día Geriátrico. Fragilidad.

Summary

Integral Geriatric Assessment is the basic and fundamental tool in the prioritization of problems and supervision in the care of the frail elderly. Independent of whatever the level of care is, it permits the realization of an exhaustive analysis of the physical and functional capabilities, the nutritional state, the sense organs, the state of mind and the social and family environment that surrounds each patient. In the same way, the needs, the will and the wishes of the patient are taken into account. Therefore, only through it can we coordinate between the different health professionals and levels of care to prioritise the broaching of the health problems and offer quality integral care.

Key words: Integral Geriatric Assessment. Geriatric Day Hospital. Frailty.

El desarrollo y la implantación de los hospitales de día geriátricos se inició en el Reino Unido en la década de los años 50. El objetivo de estas unidades era facilitar el alta precoz hospitalaria, prevenir los reingresos y mantener en la comunidad a pacientes frágiles con necesidades de tratamientos complejos y de rehabilitación[1]. Posteriormente este fenómeno ha tenido lugar en los países occidentales, y en el nuestro, se ha desarrollado con la implantación de unidades similares a lo largo de todo el territorio de forma desigual[2].

Las políticas sanitarias encaminadas a mejorar la eficiencia y optimizar los recursos, han potenciado la atención ambulatoria de pacientes y, consecuentemente han contribuido a la implantación de múltiples modalidades de "hospitales de día" y unidades diseñadas a la atención de patologías específicas: unidades de diagnóstico rápido, de administración de fármacos, curas de enfermería, etc. De la misma forma, la "explosión demográfica" de pacientes frágiles con dependencia y necesidades de cuidados ha generado la implantación de centros de atención ambulatoria (centros de día) como sustitutivos del hogar con la intención de prestar servicios básicos de atención mientras el resto de los miembros de la familia desempeñan su horario laboral. Todo este fenómeno en conjunto ha generado que bajo la denominación de hospitales de día se enmarquen un gran número de unidades de características diferentes y por tanto, que no se puedan comparar entre ellas sin definir previamente las características de cada una de ellas, sus objetivos, la finalidad para la que han sido creadas y la metodología de trabajo que utilizan (Tabla 1).

La definición que más se puede aproximar a la de Hospital de Día Geriátrico es la de una unidad de atención ambulatoria que atiende a pacientes ancianos frágiles para realizar valoración diagnóstica especializada, rehabilitación integral (fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, psicoestimulación...), curas de enfermería, educación sanitaria, atención psicológica y de trabajo social durante una parte de la jornada, con programación y revaloración periódica de los objetivos marcados, seguimiento personalizado de cada caso desde una metodología de trabajo multidisciplinar y durante un período temporal definido. Esta definición excluye por tanto los servicios de rehabilitación ambulatoria, los hospitales de día de pacientes con patología específica y centros con una orientación de cobertura de necesidades en actividades de la vida diaria o sociales (centros de día) Tabla 2.

Independientemente de la unidad asistencial de la que hablemos o del diseño de la misma, el énfasis y el valor añadido que desde la Geriatría se puede prestar a la mejora de la calidad en la atención de los pacientes viene dado por la metodología de trabajo que se utiliza. El uso de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) como metodología de trabajo es el *nudo gordiano* de la cuestión, es decir,

lo que la literatura científica ha puesto de manifiesto es que el screening sistemático desde los cuatros niveles clásicos de aproximación a los pacientes con fragilidad (médico, funcional, afectivo y social) y la coordinación entre los diferentes profesionales (médicos, enfermería especializada, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, logopedas, psicólogos, farmacólogos, etc) es lo que genera las sinergias en la atención multidimensional a este grupo específico de población de riesgo[3]. Bajo esta perspectiva, la VGI es una *herramienta de trabajo*, y como tal existen unos beneficios derivados de su uso: permite estratificar los problemas de salud, analizar la dependencia funcional y diseñar la mejor estrategia para intervenir de forma coordinada entre los diferentes profesionales. Por otra parte, las variaciones en el proceso de aparición de la fragilidad y dependencia de los pacientes ancianos hacen que esta herramienta haya de ser *dinámica* en el tiempo.

Este dinamismo en los cambios en el estado de salud y en el entorno del paciente anciano pueden motivar discusión a dos niveles: en primer lugar, quién es el equipo de referencia del paciente y en segundo lugar el donde y cuándo se ha de realizar la VGI. Para responder a la primera cuestión, consideramos que el equipo de referencia del paciente siempre ha de estar radicado en la Asistencia Primaria de Salud y, por ello, enmarcado en los programas de atención al anciano se debería incluir de forma sistemática una VG básica. La complejidad del paciente o cuando acontecen fenómenos de enfermedad, es lo que hace que la VG básica ya realizada se haya de actualizar/completar en el nivel asistencial que tenga lugar la atención. En otras palabras, la Valoración Geriátrica Integral no debería ser patrimonio exclusivo de ningún nivel asistencial ni, por otra parte, la falta de conexión entre niveles asistenciales, conducir a repetir valoraciones que ya han sido realizadas previamente. Dado que todos defendemos el *continuum asistencial*, la trayectoria del paciente a lo largo de su proceso de enfermar debería acompañarse de modificaciones de la valoración geriátrica que se pudieran realizar desde todos los niveles de atención. Dicho de otra manera, el reto al que asistiremos en los próximos años es al rediseño de la VGI básica y estandarizada en todas las unidades y niveles, en aras de un nuevo modelo de VGI dinámica que se adapte a las necesidades del paciente y al estado de salud de cada momento.

Específicamente en el Hospital de Día Geriátrico, por la dinámica de trabajo, los tiempos de atención y la especialización de los profesionales, es el marco ideal en el que desarrollar modelos de intervención específica sobre síndromes geriátricos: consultas especializadas de enfermería geriátrica, valoración de deterioros cognitivos, trastornos de conducta, evaluación de caídas, estudio de incontinencias, intervención sobre trastornos afectivos, monitorización del dolor, terapia ocupacional (cambios de dominancias, readaptación de funciones, modelado de ortesis, evaluación de recursos técnicos -ortoprotéticos-, etc) y todo ello, probablemente ha de condicionar la especificidad de la valoración geriátrica realizada en este entorno. En la Tabla 3 proponemos un esquema de trabajo en el que mostramos algunos ejemplos sobre cómo, de una forma esquemática, se pueden insertar las actividades del hospital de día en el conjunto de la atención al anciano frágil.

Tabla 1. Modelos de atención ambulatoria

- Hospital de día geriátrico: diagnóstico y atención multidisciplinar a síndromes geriàtricos.
- Unitades de RHB ambulatoria.
- Unidades de diagnóstico y seguimiento de patologías específicas (insuficiencia cardíaca, patología respiratoria, neoplasias, amputados...).
- Unidades ambulatorias de administración de fármacos: Quimiotera pia, transfusiones, etc.
- Unidades de diagnóstico con tecnología implementada con carácter urgente (Radiología y laboratorio).
- Centros de día y sociales.

Tabla 2. Valoración Geriátrica Integral. Definición

Proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinar para determinar el estado de salud, la autonomía funcional, las capacidades cognitivas, la situación psicológico-afectiva y el entorno social de una persona mayor y frágil con la finalidad de elaborar un plan de atención integral, integrado y coordinado que permita el seguimiento a largo plazo, ayude en la toma de decisiones, respete sus voluntades y optimitce sus capacidades.

La eficacia de la realización de la VGI en la atención de los pacientes en las diferentes unidades asistenciales y, en nuestro caso, en el hospital de día, queda patente en la revisión sistemática realizada por Forster, *et al*[4]. en la que no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hospitales de día versus otros modelos alternativos de atención ambulatoria (cuidados convencionales y rehabilitación domiciliaria), en lo que respecta a muerte, discapacidad o uso de recursos. Por el contrario, cuando realizaban el análisis en base a si la intervención estaba basada en atención multidisciplinar o no, los pacientes atendidos en hospital de día presentaban menor mortalidad y menor deterioro funcional así como tendencias a menor hospitalización y menor institucionalización.

Por último, creo necesario insistir en la importancia de los test utilizados y de las herramientas de medida a la hora de realizar la VGI si pretendemos medir los resultados de nuestra intervención. En un análisis reciente no publicado de la actividad asistencial realizada en el Hospital de día del Consorcio Sanitario Integral de Hospitalet de Llobregat, observamos que los test clásicos de independencia funcional y trastorno cognitivo (Barthel y Pfeiffer) no mostraban mejorías significativas entre las medidas obtenidas en el momento del ingreso y del alta de los pacientes. En este sentido, coincidimos con el análisis realizado por Baztán y cols[5] que las valoraciones realizadas en el hospital de día geriátrico requieren de instrumentos de medida más sensibles que los habitualmente

Tabla 3. Esquema de trabajo por niveles de atención

Problemas Salud	APS	At Hospitalizada	Hospital de Día
	Detección y valorac inicial	Valorac especializada	Completar valoraciónTerapias
Perdidas subj memoria Deterioro Cognitivo	Pfeiffer / MEC	Val neuropsicol	Readapt funciones y ejercicios específicos Reminiscencia. Evocación recuerdo Historias de vida
Trastorno conducta	Screening Cognitivo	Val Psiquiatría Despistaje Alt Frontal	Evaluación sintomas Valoración de la respuesta a tto farmacológico y no farmacológico
Ictus	Detecc Problema	Fase aguda ictus	Fisioterapia-Logoped. Cambio dominancia Ayudas técnicas
Pérdida peso	Estudio inicial. IMC	Despistar cuadro tóxico	Cumplimiento dietas. Seguimiento tiempo
Caídas	Resgistro y valorac inicial	Estudio ortostatismo Optimizar fármacos P complementarias Holter ECG, Tilt test.	Seguimiento. Enseñar a levantarse Fisioterapia
Pérdidas de orina	Anamnesis. Dx Difer inicial	Urodinamia	Ejerc entrenamiento
Arteriopatia severa con lesiones isquémicas en EEII	Curas no complejas Educación sanitaria	Cirugía Vascular	Seguimiento / Control de infección heridas Punción aspiración para cultivos Adaptación calzado y ortesis
Enfermos oncológicos	Seguimiento inicial	Tto Oncológico CCPP	Paracentesis Bombas infusión Terapia grupal Rehabilitación integral
Dependencia / Pérdida autonomía	Valorac T. Social Primaria- Coord recursos	Coordinac recursos	Paliación déficits. Soporte Coordinac recursos

utilizados y deben tener en consideración la situación afectiva y el grado de satisfacción del paciente y de sus cuidadores, a modo de ejemplo, intervenciones como la estimulación cognitiva, la reeducación y estabilización de la marcha para la prevención de caídas, curas de enfermería en pacientes con lesiones isquémicas de extremidades, etc no mostrarán variaciones en test convencionales sin que por ello se pueda deducir que la intervención no es efectiva.

Agradecimientos

A todos los profesionales del Hospital Sociosanitario de L'Hospitalet de Llobregat con quienes he compartido muchas horas de trabajo y las opiniones reflejadas en esta publicación.

Bibliografía

1. Research Unit of the Royal College of Physicians and Brithish Geriatric Society. Geriatric day hospitals: their role and guidelines for good practice. London: *RCP* 1991.
2. Anónimo. Geriatría XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Ribera Casado JM, Guillén Lera F (Coords.). *EDIMSA* 2000.
3. Rubenstein, LZ. Joseph T. Freeman Award Lecture: Comprehensive Geriatric Assessment: From Miracle to Reality. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59:M473-M477.
4. Forster A, Young J, Langhorne P and de Day Hospital Group. Systematic review of day hospital care for elderly people. *BMJ* 1999;318:837-41.
5. Baztán JJ, González-Montalvo JI, Solano JJ y Hornillos M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin* 2000;115:704-17.